

Таким образом, впервые исследованы особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении на ее фоне рецидивоопасных клинических состояний. Установлено, что в начале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являются такие механизмы психологической защиты, как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречается «компенсация» ($p < 0,05$). По мере формирования полной компенсированной ремиссии большинство механизмов психологической защиты использовались пациентами с алкогольной зависимостью все реже, и только использование такого механизма, как «компенсация», становившейся стабильной чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией, учащается ($p < 0,05$). А при возникновении рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью происходит значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» и «регрессия» ($p < 0,05$).

Заключение

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается тенденция уменьшения использования непродуктивных и рост использования относительно продуктивных механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических состояний наблюдается возврат к использованию онтогенетически более древних способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты.

Установленные закономерности можно использовать как тактические цели и критерии эф-

фективности долгосрочной психотерапии и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
2. Сосин, И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
3. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в состоянии ремиссии / Л. А. Дубинина [и др.] // Ученые записки СПб.-го госуниверситета им. акад. И. П. Павлова. — СПб., 2008. — Т. 15, № 1 (приложение). — С. 131.
4. Сквиря, И. М. Рецидивоопасные клинические состояния в наркологии: идентификация проблемы / И. М. Сквиря // «Оптіодна залежність: клінічні, патогенетичні, епідеміологічні, патофизиологічні аспекти, методи лікування і профілактики»: Матеріали науч.-практ. конф. с междунар. участ. на базі Луганського госуниверситету, Луганск, 23–24 окт. 2009 г. — Луганск, 2009. — С. 34.
5. Бехтель, Э. С. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э. С. Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1984. — Т. 84, Вып. 2. — С. 244–248.
6. Lazarus, R. S. Coping and adaptation / R. S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. — N.Y.: Guilford, 1984. — P. 282–325.
7. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Coute // In: E. Isard «Emotions in personality and psychopathology». — N.Y., 1979. — P. 229–257.
8. Габоев, В. Н. Алкогольная анозогнозия при хроническом алкоголизме / В. Н. Габоев // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1989. — № 2. — С. 98–101.
9. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман [и др.]. — СПб., 1999. — 49 с.
10. Баранова, О. В. Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии / О. В. Баранова // Наркология. — 2005. — № 6. — С. 59–60.
11. Чернявская, И. Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И. Ю. Чернявская // «Психология». — 2010. — № 4. — С. 24–28.
12. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: «Сфера», 2000. — 464 с.
13. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р. А. Евсегнеев. — Минск, 2005. — 196 с.
14. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.

Поступила 01.03.2011

УДК 616. 248-058. 86: 612. 017. 1

КОНЦЕНТРАЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСЕРОТЕРАПИИ

О. В. Матющенко

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

В статье приведены результаты клинико-иммунологического обследования 41 ребенка с аллергической бронхиальной астмой (БА) до и после лечения, включающего аутосеротерапию. Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови данных пациентов были определены концентрации IgA, IgM, IgG, IgE, а также ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α и выявлены корреляционные взаимоотношения между ними.

Было обнаружено, что IgA, IgM, IgG, IgE и ИЛ-4 коррелируют в пределах собственной группы до и после лечения, включающего аутосеротерапию. Высокая степень корреляционной зависимости до и после проводимого лечения отмечается в группах IgE ($n = 30$; $r = 0,8430$; $p < 0,001$), ИЛ-4 ($n = 41$; $r = 0,7626$; $p < 0,001$) и IgM ($n = 40$; $r = 0,7366$; $p < 0,001$). Наибольшее число корреляционных взаимодействий наблюдается у IgA. Определенные корреляционные взаимоотношения как до, так и после проводимого лечения, вклю-

чающего аутосеротерапию, были выявлены между ИЛ-6 и ФНО- α , однако в пределах собственной группы до и после лечения получена недостоверная корреляционная связь ($p > 0,05$), на что, вероятно, могла повлиять сопутствующая патология, сопровождающаяся активацией процесса воспаления у ряда пациентов с БА.

Ключевые слова: иммуноглобулины, цитокины, бронхиальная астма, аутосеротерапия.

IMMUNOGLOBULIN AND CYTOKINE CONCENTRATIONS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA AND THEIR CORRELATIONS IN AUTOSERUM THERAPY

O. V. Matiushchenko

Vitebsk State Medal of Peoples' Friendship Medical University

This article presents the results of clinical and immunological survey of 41 children with allergic bronchial asthma (BA) before and after the treatment, including autoserum therapy. The concentrations of IgA, IgM, IgG, IgE as well as of IL-4, IL-6 and TNF- α in serum of the given patients were detected using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). The correlative relations among the immunoglobulins and cytokines have also been established.

It has been determined that IgA, IgM, IgG, IgE and IL-4 correlate within their group before and after the treatment, including autoserum therapy. The groups of IgE ($n = 30$; $r = 0,8430$; $p < 0,001$), IL-4 ($n = 41$; $r = 0,7626$; $p < 0,001$) and IgM ($n = 40$; $r = 0,7366$; $p < 0,001$) revealed the high degree of correlation before and after the treatment. The majority of correlation interactions were observed in IgA group. The IL-6 and TNF- α groups revealed a certain correlative relation before and after the treatment, including autoserum therapy. However, before and after the treatment in the range of their group there was an unreliable correlation ($p > 0,05$), which could have been caused by concomitant pathology, accompanied by the activation of inflammation in a number of the patients with bronchial asthma.

Key words: immunoglobulins, cytokines, bronchial asthma, autoserum therapy.

Введение

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время безусловно является актуальной проблемой клинической педиатрии, учитывая распространенность, тяжесть течения, сложность диагностики, и терапии, а также затратам на лечение данного заболевания [1, 2]. О росте количества детей с БА свидетельствуют и результаты эпидемиологических исследований. В разных странах мира заболеваемость БА регистрируется с частотой от 1 до 18 % [3, 4]. Так, в США данное заболевание встречается среди детского населения с частотой 6–7,5 %, что составляет около 5 млн. детей [4]. Во Франции частота встречаемости БА среди детей, достигших 10-летнего возраста, превысила 10 % [5]. В Российской Федерации частота встречаемости БА в популяции составляет около 0,5 % [4].

В связи с этим проблема профилактики, диагностики и лечения данного заболевания приобретает первостепенное значение [6, 7].

БА у детей — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в основе которого лежат иммунологические механизмы. Хроническое воспаление при БА часто обусловлено иммунным дисбалансом Th1/Th2 с нарушением в системе цитокинов, которые играют важную роль в развитии аллергических заболеваний, в том числе вызывают активацию, пролиферацию, дифференцировку иммунорегуляторных клеток и клеток-эффекторов. [8, 9]. На современном этапе считается, что ведущая роль в патогенезе БА принадлежит IgE — опосредуемым аллергическим реакциям [10]. Однако иммунный ответ на аллергены не ограничивается образованием только IgE. Он также связан и с

другими классами иммуноглобулинов, которые имеют большое значение и в совокупности с другими показателями дают возможность оценить состояние гуморального иммунитета [11]. Изучение показателей иммунного статуса у детей дает возможность определить активность заболевания, а также эффективность проводимого лечения, а ранняя диагностика и своевременное начало адекватного лечения чрезвычайно важны для предотвращения формирования необратимых изменений в дыхательных путях, инвалидности и смертности от БА.

Сегодня БА характеризуется тенденцией к более раннему возникновению и более тяжелому течению болезни [12]. Исчезновение симптомов с возрастом отмечено, в основном, у больных с легким течением заболевания. Причем, по мнению большинства исследователей, выздоровление при БА является лишь продолжительной клинической ремиссией, которая всегда может нарушиться под действием многих причин [13]. Неадекватное лечение БА у детей приводит к неконтролируемому течению заболевания с сохранением воспалительных изменений в бронхах и персистенцией бронхиальной обструкции и, как следствие, к частому использованию бронхолитиков. Поэтому весьма актуальным остается вопрос о необходимости постоянного совершенствования существующих методов лечения, так как БА любой степени тяжести может значительно влиять на качество жизни пациентов, ограничивая их физическую и социальную активность [14].

Цель работы

Определить концентрации IgA, IgM, IgG, IgE, а также ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке

крови детей с аллергической БА до и после лечения, включающего аутосеротерапию, и выявить между ними корреляционные взаимоотношения.

Материалы и методы исследования

На базе аллергологического отделения УЗ «ВДОКБ» обследован 41 ребенок с диагнозом «Аллергическая БА» в возрасте от 4 до 14 лет (среди них 28 мальчиков и 13 девочек). Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) были изучены концентрации IgA, IgM, IgG, IgE, ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови с помощью наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия). Концентрации IgA, IgM, IgG оценивались в г/л, IgE — в МЕ/мл, а концентрации ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α определяли в пг/мл.

Все обследованные дети получали лечение в соответствии с общепринятыми протоколами, а также проходили курс аутосеротерапии, который основан на ежедневном внутривенном введении пациенту собственной сыворотки крови. Курс аутосеротерапии в стационаре составил 10 дней, применяемая схема включала инъекции сыворотки крови по 0,1–0,2–0,3 мл паравентрально на уровне VII шейного позвонка, в области предплечий.

Как известно, сыворотка крови является источником биологически активных веществ, таких, например, как интерлейкины, гистамин, серотонин и др. Они могут количественно изменяться при наличии аллергической патологии. Введение сыворотки в организм способствует «десенсибилизации» его к соответствующим биологически активным веществам и оказывает как местный, так и системный иммунокорректирующий эффект [15].

Выявление иммуноглобулинов и цитокинов проводилось при поступлении в стационар и после проведенного лечения. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica», 6.0.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 указаны медиана и интерквартильный интервал сывороточных IgA, IgM, IgG, IgE, определенных у детей с аллергической БА до и после лечения, включавшего аутосеротерапию.

Медиана и интерквартильный интервал цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α), определенных методом ИФА у детей с аллергической БА до и после лечения, включавшего аутосеротерапию, отражены в таблице 2.

Таблица 1 — Медиана и интерквартильный интервал IgA, IgM, IgG, IgE, определенных методом ИФА в сыворотке крови детей с БА до и после аутосеротерапии

Определение показателей	Имуноглобулин	n	Me	Нижний квартиль (25 %)	Верхний квартиль (75 %)
До лечения	IgA	41	1,18	0,60	1,55
	IgM	40	1,19	0,61	1,44
	IgG	41	5,90	4,00	9,60
	IgE	30	235,00	105,00	445,00
После лечения	IgA	41	1,23	0,53	1,95
	IgM	40	1,01	0,70	1,43
	IgG	41	5,50	3,40	7,90
	IgE	30	240,00	140,00	520,00

n — количество детей, Me — медиана

Таблица 2 — Медиана и интерквартильный интервал ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α , определенных методом ИФА в сыворотке крови детей с БА до и после аутосеротерапии

Определение показателей	Цитокин	n	Me	Нижний квартиль (25 %)	Верхний квартиль (75 %)
До лечения	ИЛ-4	41	0,36	0,0000	2,0309
	ИЛ-6	41	8,70	5,2174	27,7736
	ФНО- α	41	4,67	1,8654	64,2813
После лечения	ИЛ-4	41	0,95	0,0000	2,0051
	ИЛ-6	41	15,13	7,6087	31,7359
	ФНО- α	41	4,17	2,1731	36,4688

n — количество детей, Me — медиана

Относительно низкие уровни ИЛ-4 в сыворотке крови детей с БА могут быть обусловлены периодом и клиническим течением заболевания, учитывая тот факт, что большинство обследованных детей находилось в состоянии полной или частичной ремиссии, а также имела место БА легкой степени тяжести.

В ходе проведенного исследования (таблица 3) было обнаружено, что сывороточные IgA коррелировали между собой до и после проведенного лечения (ПЛ). Коэффициент корреляции составил $r = 0,6748$ ($p < 0,001$). Кроме того, была выявлена умеренная корреляционная зависимость между IgA до лечения

(ДЛ) и IgM ДЛ ($r = 0,4359$; $p = 0,005$), IgA ДЛ и IgM ПЛ ($r = 0,4972$; $p = 0,001$), IgA ДЛ и IgG ПЛ ($r = 0,4010$; $p = 0,009$), а также IgA ПЛ и IgM ПЛ ($r = 0,4360$; $p = 0,005$).

Высокий уровень корреляции определялся до и после лечения у 30 детей с аллергической БА между IgE ДЛ и IgE ПЛ ($r = 0,8430$; $p < 0,001$), у 40 детей — между IgM ДЛ и IgM ПЛ ($r = 0,7366$; $p < 0,001$), а также у 41 ребенка — между ИЛ-4 ДЛ и ИЛ-4 ПЛ ($r = 0,7626$; $p < 0,001$). Кроме этого, умеренная степень корреляционного взаимодействия определялась между IgM ДЛ и IgG ПЛ ($n = 40$; $r = 0,4418$; $p =$

$0,004$), а у 41 ребенка — между ИЛ-4 ДЛ и ИЛ-6 ДЛ ($r = 0,3562$; $p = 0,022$), ИЛ-6 ДЛ и ФНО- α ДЛ ($r = 0,3491$; $p = 0,025$), ИЛ-6 ПЛ и ФНО- α ПЛ ($r = 0,3748$; $p = 0,016$). IgG также коррелировали между собой до и после лечения у 41 ребенка с аллергической БА ($r = 0,4713$; $p = 0,002$).

Определенные корреляционные взаимоотношения были выявлены между иммуноглобулинами и цитокинами. Так, наблюдалась умеренная корреляция у 30 детей с аллергической БА между IgE ДЛ и ИЛ-4 ПЛ ($r = 0,4319$; $p = 0,017$), IgE ПЛ и ИЛ-4 ПЛ ($r = 0,3677$; $p = 0,046$).

Таблица 3 — Уровни корреляции между IgA, IgM, IgG, IgE, ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α у детей с БА, получавших аутосеротерапию

Иммуноглобулин	Количество человек (n)	Коэффициент корреляции (r)	Достоверность различий (p)
IgA ДЛ / IgA ПЛ	41	0,6748	$p < 0,001$
IgA ДЛ / IgM ДЛ	40	0,4359	$p = 0,005$
IgA ДЛ / IgM ПЛ	40	0,4972	$p = 0,001$
IgA ДЛ / IgG ПЛ	41	0,4010	$p = 0,009$
IgA ПЛ / IgM ПЛ	40	0,4360	$p = 0,005$
IgM ДЛ / IgM ПЛ	40	0,7366	$p < 0,001$
IgM ДЛ / IgG ПЛ	40	0,4418	$p = 0,004$
IgG ДЛ / IgG ПЛ	41	0,4713	$p = 0,002$
IgG ПЛ / IgM ПЛ	40	0,3266	$p = 0,040$
IgE ДЛ / IgE ПЛ	30	0,8430	$p < 0,001$
IgE ДЛ / ИЛ-4 ПЛ	30	0,4319	$p = 0,017$
IgE ПЛ / ИЛ-4 ПЛ	30	0,3677	$p = 0,046$
ИЛ-4 ДЛ / ИЛ-4 ПЛ	41	0,7626	$p < 0,001$
ИЛ-4 ДЛ / ИЛ-6 ДЛ	41	0,3562	$p = 0,022$
ИЛ-6 ДЛ / ФНО- α ДЛ	41	0,3491	$p = 0,025$
ИЛ-6 ПЛ / ФНО- α ПЛ	41	0,3748	$p = 0,016$

Примечание. ДЛ — до лечения, ПЛ — после лечения

Корреляционные взаимоотношения IgE и ИЛ-4 могут объясняться их первоначальной взаимосвязью, учитывая тот факт, что в основные функции ИЛ-4 входят стимулирование пролиферации В-лимфоцитов на раннем этапе их дифференцировки и способность активации синтеза антител класса IgE.

Умеренная корреляция между двумя классами цитокинов (ИЛ-6 и ФНО- α) как до, так и после проведенного лечения, включавшего аутосеротерапию, вероятно, также связана с их функциями. Так, например, одной из функций ФНО- α является инициирование секреции ИЛ-6.

Выводы

1. У детей с аллергической БА IgA, IgM, IgG, IgE, ИЛ-4, определяемые методом ИФА в сыворотке крови, коррелируют между собой в пределах собственной группы до и после лечения, включающего аутосеротерапию.

2. Высокая степень корреляционной зависимости до и после проводимого лечения, включающего аутосеротерапию, выявляется в группах IgE, ИЛ-4 и IgM.

3. Наибольшее число корреляционных взаимодействий наблюдается у IgA.

4. ИЛ-6 и ФНО- α коррелируют между собой как до, так и после проводимого лечения, однако в пределах собственной группы до и после лечения получена недостоверная корреляционная связь ($p > 0,05$), на что, вероятно, могла повлиять сопутствующая патология, сопровождающаяся активацией процесса воспаления у ряда пациентов с БА.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федорович, С. В. Астма XXI века: новые направления в диагностике, лечении и профилактике / С. В. Федорович, Н. Л. Арсентьева, И. Л. Арсентьева // Медицинские новости. — 2005. — № 4. — С. 12–15.
2. Блохин, Б. М. Современное лечение обострений бронхиальной астмы у детей / Б. М. Блохин // Фарматека. — 2006. — № 2. — С. 51–57.
3. Жерносек, В. Ф. Новая стратегия и тактика контролирующей терапии бронхиальной астмы у детей и подростков / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова // Медицинские новости. — 2007. — № 4. — С. 26–31.
4. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report / M. Masoli [et al.] // Allergy. — 2004. — № 59 (5). — P. 469–478.
5. Delmas, M. C. Pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Asthma in France: A review of descriptive epi-

demiological data / M. C. Delmas, C. Fuhrman // *Revue des maladies respiratoires*. — 2010. — № 27(2). — P. 151–159.

6. Баранов, А. А. Детская аллергология: рук-во для врачей / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 687 с.

7. Kabra, S. K. Management of unresponsive asthma / S. K. Kabra, R. Lodha // *Indian J Pediatr*. — 2004. — Vol. 71, № 8. — P. 729–732.

8. Намазова, Л. С. Роль цитокинов в формировании аллергических реакций у детей / Л. С. Намазова, В. А. Ревякина, И. И. Балаболкин // *Педиатрия*. — 2000. — № 1. — С. 56–68.

9. Новиков, Д. К. Клиническая иммунология: учеб. пособие / Д. К. Новиков, П. Д. Новиков. — Витебск: ВГМУ, 2006. — 392 с.

10. Титова, Н. Д. Роль аллергических реакций различных типов в патогенезе бронхиальной астмы у детей / Н. Д. Титова // *Имунопатология, аллергология, инфектология*. — 2007. — № 4. — С. 47–57.

11. Allergic diseases: diagnosis and management / Ed. by R. Patterson, L. C. Grammer // *Greenberger*. — 1997. — 634 p.

12. Эффективность ускоренного метода парентеральной аллергенспецифической иммунотерапии при atopической бронхиальной астме у детей и подростков / И. И. Балаболкин [и др.] // *Педиатрия*. — 2007. — № 4. — С. 70–73.

13. Борукаева, И. Х. Эффективность интервальной гипоксической тренировки при бронхиальной астме у детей и подростков / И. Х. Букреева // *Педиатрия*. — 2007. — № 4. — С. 29–35.

14. Genne, H. A. // Направления совершенствования бронхолитической терапии при бронхиальной астме у детей и подростков / Н. А. Геппе, А. В. Карпушкина // *Consilium Medicum*. — 2001. — Т. 3, № 14. — С. 33–34.

15. Новиков, Д. К. Лекарственная аллергия / Д. К. Новиков, Ю. В. Сергеев, П. Д. Новиков. — М.: Национальная академия микологии, 2001. — С. 222–225.

Поступила 11.03.2011

УДК 616.36-004-022.376

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Д. И. Гавриленко

Гомельский государственный медицинский университет

Бактериальные инфекции являются распространенным и тяжелым осложнением цирроза печени. При этом заболевании бактериальные инфекции помимо общих оказывают специфические эффекты: усиливают печеночную энцефалопатию, гемодинамические нарушения, в том числе портальную гипертензию, печеночную дисфункцию, повышают риск гепаторенального синдрома и варикозных кровотечений. При этом инфекции могут не иметь четких клинических признаков, и как следствие — несвоевременно распознаваться.

Ключевые слова: бактериальные инфекции, цирроз печени, спонтанный бактериальный перитонит.

BACTERIAL INFECTIONS IN HOSPITALISED PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

D. I. Gavrilenko

Gomel State Medical University

Bacterial infections are a common and severe liver cirrhosis complication. The bacterial infections in this disease besides general effects cause also specific ones: they intensify portal hepatic encephalopathy, hemodynamic disorders, including portal hypertension, liver dysfunction, increase the risk of hepatorenal syndrome and varicose bleedings. Meanwhile, the infections may not have clear clinical signs and as a consequence may be untimely diagnosed.

Key words: bacterial infections, liver cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis.

Введение

Бактериальные инфекции — нередкие осложнения прогрессирующего цирроза печени (ЦП), которые выявляются у 15–35 % госпитализированных пациентов (для сравнения: в стационарах бактериальные инфекции диагностируются не более чем у 6 % других пациентов с патологией небактериального генеза) [1, 2]. Развивающиеся на фоне инфекции портальные и системные гемодинамические нарушения, почечная недостаточность в 25 % случаев приводят к летальному исходу [1]. Кроме того, бактериальные осложнения при ЦП нередко требуют дифференциально-диагностического поиска с хирургическими заболеваниями, утяжеляют течение цирроза и прогноз больных, требуют дополнительного лечения.

Цель исследования

Анализ распространенности и характера инфекционных осложнений, некоторых их клинических и прогностических особенностей у госпитализированных пациентов с ЦП.

Материал и методы

В настоящее исследование были включены данные о 130 пациентах с установленным ЦП, проходивших лечение в гастроэнтерологических отделениях г. Гомеля (71 мужчина и 59 женщин). Все пациенты были разделены на две группы по наличию или отсутствию бактериальных осложнений, выявленных в течение стационарного лечения. Средний возраст больных составил $52 \pm 1,02$ года (Min = 25 лет, Max = 76 лет). Диагноз ЦП и бактериальных осложнений устанавливался по общепринятым схемам на ос-